UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1954 — N° 157

Contribution à l'étude des phénomènes douloureux dans les suites de l'Arthroplastie de la hanche

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 29 Juillet 1954

par

Robert, Roger VIDAL

Né le 3 Septembre 1929 à AIX-EN-PROVENCE (Bouches-du-Rhône)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examinateurs de la Thèse { MM. POUYANNE, professeur, *Président*
MASSÉ, professeur
CHAVANNAZ, agrégé
DE PAULIS, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0005

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1954 — N° 157

Contribution à l'étude des phénomènes douloureux dans les suites de l'Arthroplastie de la hanche

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 29 Juillet 1954

par

Robert, Roger VIDAL

Né le 3 Septembre 1929 à AIX-EN-PROVENCE (Bouches-du-Rhône)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examinateurs de la Thèse { MM. POUYANNE, professeur, *Président*
MASSÉ, professeur
CHAVANNAZ, agrégé
DE PAULIS, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1954

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIE, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL CRUCHET, PERRENS.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSE
Clinique d'accouchements	RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX

	MM
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	DUBARRY.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

M BLANQUET (Physique pharmaceutique)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique). M. PAUTRIZEL (Parasitologie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Physiologie	Mme ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER, QUILICHINI
Pharmacie (3e section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

M. R. STOLL (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN, LENG-LEVY, LAVIGNOLLE, MORETTI
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, PAULIS

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'EPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-Stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER, PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIE.
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON.

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPERE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR, LANGE.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI

Le Secrétaire principal de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Qui fut toujours pour moi, un exemple de travail et d'honnêteté.

Je lui offre ce modeste travail et j'y joins toute ma reconnaissance et ma tendresse filiale.

A MA MÈRE

Que ces quelques pages soient le témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MA FEMME

Que cet ouvrage soit pour elle une nouvelle marque de mon profond amour.

A MA FILLE

A MON FRERE.

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS.

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Medecin general de 1re classe TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique,
Officier du Mérite Maritime.

A Monsieur le Medecin en chef de 1re classe CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes,
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre 1939-1945.

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE SANTÉ NAVALE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEPAULIS

Agrégé de Clinique Générale,
Assistant de Clinique des Hôpitaux,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAVANNAZ

Chirurgien des Hôpitaux,
Associé National de l'Académie de Chirurgie,
Membre de la Société Internationale de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille Militaire,
Croix de guerre 1914-1918 1939-1945,
Officier d'Académie,

MONSIEUR LE PROFESSEUR LUCIEN MASSÉ

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Directeur du Centre régional de transfusion sanguine,
Associé national de l'Académie de Chirurgie,
Membre du Comité français de l'Association internationale de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'Ordre de la Santé,
Officier de l'Instruction publique,

Hommages respectueux avec nos remerciements pour avoir bien voulu siéger dans notre jury de thèse.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

A Monsieur le Professeur POUYANNE

Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie.
Professeur de Clinique Chirurgicale infantile et Orthopédique,

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, dont il nous a inspiré le sujet et n'a cessé de nous conseiller et de nous aider tout au long de son élaboration.

Qu'il nous permette de lui adresser ici nos sentiments respectueux de gratitude.

I. — INTRODUCTION GENERALE SUR L'ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE AVEC INTERPOSITION ACRILIQUE

A la suite des frères JUDET, qui ont présenté en 1947 leur procédé de reconstruction prothétique de la hanche par endoprothèse acrylique ; de nombreux chirurgiens ont appliqué cette méthode et notamment en France, MERLE D'AUBIGNE et ses élèves. Peu à peu la plupart des chirurgiens ont apporté ; soit à la technique opératoire, soit à la prothèse elle-même des modifications leur paraissant susceptibles d'améliorer les résultats.

Après la voie d'accès antérieure avec incision, type SMITH-PETERSEN ou HUETER, la voie postéro-externe type KOCHER GIBSON fût adoptée par beaucoup. L'avantage étant une découverte plus large de la fesse et un jour certainement meilleur sur le cotyle, permettant plus de précision dans son modelage. Cette voie est particulièrement utile lorsqu'il s'agit d'une luxation congénitale que l'on doit réduire.

D'autre part, Jean GOSSET présenta sa prothèse cervico-céphalique, dont les meilleures indications, sont les cas, où après résection de la tête fémorale le col reste trop court pour supporter sans inconvénient une prothèse type JUDET. Comme on le voit surtout, dans les séquelles de fracture du col du fémur avec pseudarthrose ou nécrose de la tête.

L'utilisation d'une prothèse, type JUDET, armée fût conseillée pour éviter les fractures de la prothèse simple, que l'on observait quelquefois dans les suites d'arthroplastie.

La prothèse de JUDET fût encore modifiée au niveau du pivot, dont on augmenta plus ou moins l'obliguité ; et de la tête, dont on agrandit la surface de la collerette. HERBERT par exemple présenta à la séance de l'Académie de Chirurgie du 20 mai 1953

une nouvelle prothèse dont l'obliguité du pivot permet de la « placer dans des conditions mécaniques lui permettant à la fois de transmettre les pressions et d'annuler les forces de dislocation » ; et dont l'agrandissement de la surface de la collerette a l'avantage de répartir la pression sur une plus grande surface.

A Bordeaux, dans le Service de clinique chirurgical et d'orthopédie de M. le Professeur L. POUYANNE, de nombreuses arthroplasties ont été pratiquées. Le but de notre travail va consister à analyser les résultats des seules arthroplasties avec interposition acrylique. Pour cela nous avons étudié les observations d'arthroplastie pratiquée dans le service de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux et les observations personnelles que M. le Professeur POUYANNE a bien voulu mettre à notre disposition. Parmi ces résultats nous laisserons intentionnellement de côté l'étude de la mobilité et de la marche pour nous attacher plus particulièrement aux résultats en ce qui concerne les douleurs.

Pour apprécier ces phénomènes douloureux, nous nous rangerons à la cotation de MERLE D'AUBIGNÉ, que nous reproduisons ci-dessous, au seul point de vue de l'indolence.

INDOLENCE

0 = Douleurs très vives et continues.
1 = Douleurs très vives empêchant le sommeil.
2 = Douleurs vives à la marche empêchant toutes activités.
3 = Douleurs vives mais tolérables avec activité limitée.
4 = Douleurs seulement après la marche disparaissant rapidement par le repos.
5 = Douleurs très légères et intermittentes n'empêchant pas une activité normale.
6 = Indolence complète.

TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique utilisée par M. le Professeur POUYANNE et ses élèves est habituellement inspirée de celle de JUDET.

Le malade est opéré sur la table orthopédique, sous anesthésie générale au Nesdonal-curare. Il n'est partiquement jamais fait de perfusion sanguine per ou post opératoire, car le choc est insignifiant ou nul et l'hémorragie minime avec la technique employée.

L'incision est rarement celle de HUETER, souvent insuffisante pour une bonne exposition de la tête et du cotyle, le plus souvent celle de SMITH-PETERSEN avec décollement plus ou moins étendu en arrière des muscles de la fosse iliaque externe qui seront à la fin réinsérés sur la crête avec des fils d'acier prenant l'os lui-même. La capsule est ouverte en croix, la tête doucement luxée, parfois après réduction de son volume « In situ » réséquée économiquement. Le col est préparé, la longueur du tunnel mesurée ; le cotyle est alors façonné s'il y a lieu, creusé à la gouge, régularisé à la fraise. Après mise en place et réduction de la tête, la capsule est le plus souvent refermée incomplètement. Mise en extension continue, (3 kilog. en légère abduction). Pénicilline et tromexane sont employées systématiquement.

Sur 160 arthroplasties relevées, 150 ont été pratiquées par voie antérieure, 10 par voie postérieure.

II. — RESULTATS DE L'ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE

Avant de nous attacher plus particulièrement à l'étude des phénomènes douloureux, nous allons envisager d'une manière générale les résultats de l'intervention.

Sur environ 200 arthroplasties pratiquées jusqu'à ce jour beaucoup sont trop récentes pour pouvoir juger leurs résultats. Nous ne nous occuperons que des seuls cas opérés entre fin 1949 et fin 1953 : soit 188 hanches opérées pour 172 malades, 16 d'entre eux ayant été opérés des deux hanches.

MORTALITE

La mortalité opératoire s'élève à 4 cas sur 187 opérations pratiquées, soit un pourcentage égal environ à 2,5. Tous ces malades sont décédés dans les jours suivant l'intervention d'embolie massive. Ces accidents semblent avoir disparu depuis la mise en œuvre systématique du traitement anticoagulant.

MOBILITE

La mobilité est très rarement normale, le plus habituellement la flexion avoisine 90° et l'abduction 30°. Elle varie suivant la nature de l'affection qui a motivé l'intervention, l'importance des lésions et suivant la rééducation sa qualité et sa durée. Par la suite, tantôt elle s'améliore, tantôt elle diminue progressivement, tantôt elle ne se modifie plus.

STABILITE

En règle générale, c'est elle qui laisse le plus à désirer, beaucoup de malades ne peuvent marcher sans canne ou présentent

une claudication plus importante qu'avant l'opération. Elle semble dépendre surtout de la longueur du col, de la qualité des muscles, de la direction donnée à la prothèse (meilleure en coxa-valga) de la rééducation. Elle est assez souvent en raison inverse de la mobilité.

INDOLENCE

Sur les 172 malades opérés jusqu'en décembre 1953, nous n'avons pû revoir ou avoir des nouvelles dernièrement que de 145, notre statistique ne va donc porter que sur ces seuls malades qui représentent 160 hanches opérées. Notre enquête post-opératoire a porté essentiellement sur les résultats de l'intervention au point de vue douleur.

Voici les questions posées :

1°) Souffriez-vous beaucoup avant votre opération ?

2°) Souffrez-vous depuis votre opération ?

Autant ?

Moins ?

Plus ?

3°) Les douleurs que vous éprouvez s'il y a lieu sont-elles semblables à celles que vous éprouviez avant ou différentes ?

Où siègent-elles ?

Se produisent-elles à la marche seulement ou aussi au repos ?

Vous estimez-vous satisfait du résultat de l'intervention ?

Regrettez-vous de l'avoir fait pratiquer ?

La proportion des cas sans douleur, ou ne ressentant que quelques douleurs intermittentes et légères ; correspondant à la cotation 6 et 5 de la classification de MERLE D'AUBIGNÉ est de : 88 hanches opérées. Les 72 autres hanches opérées ont conservé des douleurs plus ou moins vives, étant égales ou inférieures à 4 en nous référant toujours au tableau cité précédemment.

ETUDE DE LA DOULEUR CHEZ LES MALADES QUI SOUFFRAIENT AVANT L'INTERVENTION

Essentiellement trois affections ont été la cause des interventions chirurgicales pratiquées.

— Séquelles de fracture du col avec pseudarthrose ou nécrose de la tête.

— Séquelles de luxation congénitale.

— Coxarthrose.

Dans ces trois affections le sympôme principal qui a bien souvent amené l'opération est *la douleur,* en effet c'est cette dernière qui a provoqué chez le malade l'acceptation et chez le chirurgien la décision de l'intervention ; plus rarement l'ankylose ou l'attitude vicieuse.

Les quelques cas, de *pseudarthrose du col,* opérés étaient tous mal tolérés, s'accompagnant de crises douloureuses, ne cédant bien souvent qu'au repos et au lit et qui entravaient l'activité du sujet. A la douleur s'ajoutait souvent une impotence fonctionnelle complète condamnant le malade au lit et au fauteuil.

La douleur également a décidé de l'intervention chez de nombreuses *luxations congénitales* anciennes. Surtout des variétés antérieures où survenaient des crises paroxystiques pseudo-coxalgiques, obligeant le malade à se coucher. Ces crises diminuant d'intensité par la suite étaient remplacées généralement par des douleurs permanentes, s'accompagnant de limitation des mouvements de la hanche, qui peu à peu aboutissaient à l'arthrite déformante et à l'ankylose.

Les *coxarthroses* enfin, représentent le plus grand nombre de cas des opérés d'arthroplastie. Les douleurs constituent le symptôme dominant. Elles sont plus ou moins vives suivant les individus et augmentent en général avec l'âge des lésions. Souvent nulles au repos elles apparaissent dès que le sujet se lève pour diminuer dès que les articulations sont « dérouillées » pour réapparaître à l'effort et à la fatigue et être maxima en fin de journée. Elles sont capricieuses, influencées par les facteurs

atmosphériques (froid, humidité), parfois sourdes et presque continues, parfois survenant par crises brusques. Tantôt elles restent localisées dans la région articulaire, tantôt elles irradient suivant le type névralgique. Elles sont parfois si accentuées qu'elles entraînent une impotence sérieuse ; d'autres fois elles restent faibles et sont compatibles avec une fonction suffisante.

ETUDE DE LA DOULEUR CHEZ CEUX QUI SOUFFRENT APRES L'INTERVENTION

Après l'intervention les douleurs ressenties peuvent être semblables ou différentes de celles précédant l'opération. Nous verrons plus loin en essayant d'analyser le mécanisme des douleurs qu'elles diffèrent suivant leurs causes. Mais dès à présent nous pouvons dire qu'elles se localisent soit à l'articulation même et se rapprochent de celles ressenties avant l'intervention ; soit à la face externe de la cuisse, en relation avec une saillie de la tige sous le grand trochanter ; soit dans toute la cuisse et le genou attribuées à un déficit musculaire ?

Elles peuvent prendre n'importe quel type allant de douleurs violentes et continues à des douleurs légères et intermittentes.

A) ETUDE CLINIQUE DES PHENOMENES DOULOUREUX APRES ARTHROPLASTIE

Sur nos 160 hanches opérées, 36 sont actuellement complètement indolores. 52 autres sont le siège de quelques douleurs légères et intermittentes, le plus souvent au démarrage ou en fin de journée. Mais elles permettent aux malades de mener cependant un activité tout à fait normale, travaillant toute la journée et très souvent debout. Nous pouvons considérer ces cas comme d'excellents résultats au point de vue douleur. Ces deux groupes de résultats correspondent aux cotations 6 et 5 de MERLE D'AUBIGNÉ et représentent 55 % de nos hanches opérées.

Aussi ferons-nous porter notre étude plus spécialement sur les autres cas, qui sont cotés à une valeur égale ou inférieure à 4, et qui bien que ne constituant pas des échecs vrais, puisque la plupart des malades ont été en fait améliorés ; demeurent des résultats incomplets ou insuffisants.

Faisant parties de la cotation 4, nous retenons 48 *hanches opérées*. Les malades ont des douleurs à la fatigue généralement en fin de journée, calmées par le repos. Le type des douleurs est très variable ainsi que leur localisation. La plus grande proportion souffre peut-être de douleurs musculaires localisées dans la cuisse et le genou.

13 *malades* (13 hanches) souffrent de douleurs vives, mais tolérables avec une activité limitée (cotation 3). Généralement ces douleurs ont le même type que celles ressenties avant l'intervention, localisées au pli de l'aine dans la fesse ou à la face externe de la cuisse.

A la cotation 2 (douleurs vives à la marche empêchant toute activité) correspondent 9 *hanches opérées*. Bien souvent les douleurs sont localisées à la hanche, dues dans de nombreux cas,

à un élargissement du canal où est logée la tige, ou à la saillie de cette dernière sous le grand trochanter.

Deux cas seulement sur 160 opérations ressentent encore des douleurs vives empêchant le sommeil (cotées 1). Un cas dû au jeu de la prothèse, l'autre associé à un rhumatisme vertébral très douloureux .

B) ETUDE DE LA DOULEUR APRES ARTHROPLASTIE SELON CERTAINS FACTEURS

1. — *SEXE.*

Parmi nos 160 hanches opérées, 126 appartiennent à des femmes et 34 à des hommes.

a) *Hanches complètement indolores* (cotées 6) :

femmes : 28 hanches, soit ..... 23 %
hommes : 8 hanches, soit ..... 23,5 %

b) *Hanches avec douleurs intermittentes n'empêchant pas une activité normale* (cotées 5) :

femmes : 39 hanches, soit ..... 30,9 %
hommes : 13 hanches, soit ..... 38,2 %

c) *Hanches avec douleurs seulement après la marche disparaissant rapidement par le repos* (cotées 4) :

femmes : 39 hanches, soit ..... 30,9 %
hommes : 9 hanches, soit ..... 26,4 %

d) *Hanches avec douleurs vives mais tolérables avec activité limitée* (cotées 3) :

femmes : 12 hanches, soit ..... 9,7 %
hommes : 1 hanche, soit ..... 3 %

e) *Hanches avec douleurs vives à la marche empêchant toutes activités* (cotées 2) :

femmes : 7 hanches, soit ..... 5,5 %
hommes : 2 hanches, soit ..... 5,9 %

f) *Hanches avec douleurs très vives empêchant le sommeil* (cotées 1) :

femmes : 1 hanche, soit 0,79%
hommes : 1 hanche, soit ..... 3 %

D'après cette statistique, nous notons environ :

chez les hommes 62 % d'indolence (cotations 6 et 5)

chez les femmes 54 % d'indolence (cotations 6 et 5)

donc pourcentage d'indolence légèrement plus élevé chez eles hommes. Par contre le pourcentage de douleurs très vives est aussi plus élevé chez ceux-ci, puisque, en ajoutant les cotations 2 et 1 nous trouvons : 9 % de hanches masculines et 6 % de hanches féminines.

Dans les cotations intermédiaires (4 et 3) la proportion de hanches féminines est plus forte 40 % contre 29 % chez les hommes.

2. — *AGE.*

Nous allons classer nos malades par dizaines d'années et calculer dans chaque groupe le pourcentage de cas ne souffrant plus (cotées 6 ou 5) et de ceux continuant à souffrir (cotés 4 et inférieurs à 4).

De 0 à 19 ans : 5 hanches : 5 indolences : 0 douleur
soit 100 % sans douleur

De 20 à 29 ans : 21 hanches : 14 indolences : 7 douleurs
soit 66,6 % sans douleur et 33,3 % avec douleurs

De 30 à 39 ans : 17 hanches : 9 indolences : 8 douleurs
soit 53 % sans douleur et 47 % avec douleurs

De 40 à 49 ans : 48 hanches : 25 indolences : 23 douleurs
soit 52 % sans douleur et 48 % avec douleurs

De 50 à 59 ans : 45 hanches : 22 indolences : 23 douleurs
soit 50 % sans douleur et 50 % avec douleurs

De 60 à 69 ans : 17 hanches : 8 indolences : 9 douleurs
soit 47 % sans douleur et 53 % avec douleurs

De 70 à 79 ans : 4 hancfes : 2 indolences : 2 douleurs
soit 50 % sans douleur et 50 % avec douleurs

80 et au-dessus : 2 hanches : 1 indolence : 1 douleur
soit 50 % sans douleur et 50 % avec douleurs

Dans ce tableau, nous constatons que les personnes au-dessous

de 30 ans, ressentent une amélioration plus importante du point de vue de l'indolence, que les personnes plus âgées.

3. — *BILATERALITE ET UNILATERALITE.*

Envisageons maintenant le cas des malades opérés des deux hanches et de ceux qui ne sont opérés qu'unilatéralement.

a) *Malades opérés des deux hanches :*

15 malades, soit 30 hanches opérées.

9 malades (18 hanches) ne souffrent plus (cotation 6 ou 5)

3 malades (6 hanches) souffrent uniformément des 2 hanches (cotations 4 et au-dessous).

3 malades (6 hanches) ont chacun une hanche indolore et souffrent de l'autre.

Donc sur 30 hanches, nous avons 18+3=21 hanches indolores, soit un pourcentage égal à 70.

b) *Malades opérés d'une seule hanche :*

Sur 130 malades opérés, nous avons 64 hanches indolores, soit une proportion de 49,2 %.

Il ressort donc de cette étude un pourcentage de hanches indolores beaucoup plus élevé chez les malades ayant été opérés des deux côtés. Mais cette notion demanderait à être vérifiée sur un nombre plus grand de cas.

4. — *NATURE DE L'AFFECTION.*

Notons maintenant la proportion des cas douloureux suivant l'affection initiale.

a) Coxarthroses :

Sur 134 hanches opérées pour cette affection, nous avons 62 hanches indolores (cotation 6 ou 5), soit 46 % environ.

b) Fractures et pseudarthroses du col du fémur :

5 hanches opérées toutes indolores par la suite, soit 100 %.

c) Luxations congénitales :

18 hanches opérées, toutes également indolores (cotées 5 et 6), soit 100 %.

d) Les 3 autres malades restant ont été opérés :

2 pour ostéochondrites ; 1 pour coxalgie atypique.

Ces 3 malades aussi, ont conservé dans les suites opératoires une indolence complète ou seulement quelques douleurs intermittentes.

Il apparaît donc que l'arthroplastie de la hanche donne de plus mauvais résultats du point de vue douleur, lorsque l'affection causale est une coxarthrose.

5. — *TECHNIQUE.*

Nous allons étudier successivement les résultats douloureux de l'arthroplastie suivant les variations de la technique opératoire.

a) Voies d'accès :

— *Antérieure* (incision de SMITH-PETERSEN ou de HUETER) 150 hanches ont été opérées par cette voie. 88 ne ressentent actuellement aucune douleur ou seulement quelques douleurs intermittentes (cotation 6 ou 5), soit 58,6 %.

— *Postérieure* (incision de GIBSON), sur 10 hanches opérées par cette voie, 6 restent indolores après l'intervention, soit 60 %.

Les pourcentages étant très peu différents, il semble que la voie d'accès n'a aucune, ou très peu d'incidence sur les phénomènes douloureux.

b) Creusement du cotyle :

48 opérations ont été pratiquées avec modelage du cotyle, 32 sont actuellement pratiquement indolores, soit une proportion de 66,5 %.

— Cotyle non creusé. Dans 112 interventions, le cotyle a été considéré suffisant. 57 hanches sont actuellement indolores, soit 50,8 %.

Il semble donc que le creusement du cotyle influe sensiblement en faveur de l'indolence dans les suites de l'intervention.

c) Capsule suturée :

121 hanches ont eu leurs capsules entièrement reconstituées

au cours de l'intervention. 60 restent pratiquement indolores, soit 49,5 %.

— Capsule non saturée.

Au cours de 39 interventions, la capsule a été, soit réséquée d'une façon partielle ou totale, soit non suturée. 29 de ces hanches sont indolores (cotées 6 ou 5), soit une proportion de 72 % environ.

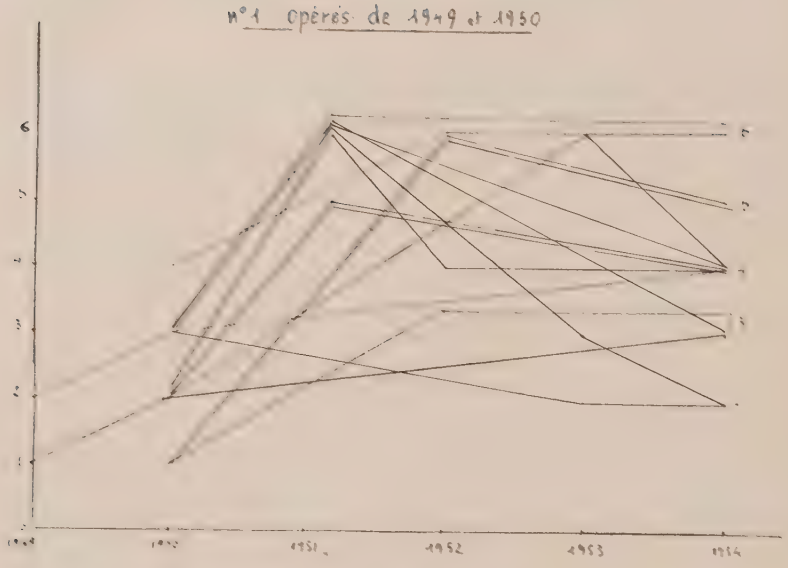
Comme précédemment pour le creusement du cotyle, le fait, soit de réséquer, soit de ne pas suturer la capsule, influe favorablement sur l'indolence post-opératoire.

6. — *EVOLUTION DE LA DOULEUR DEPUIS L'OPERATION.*

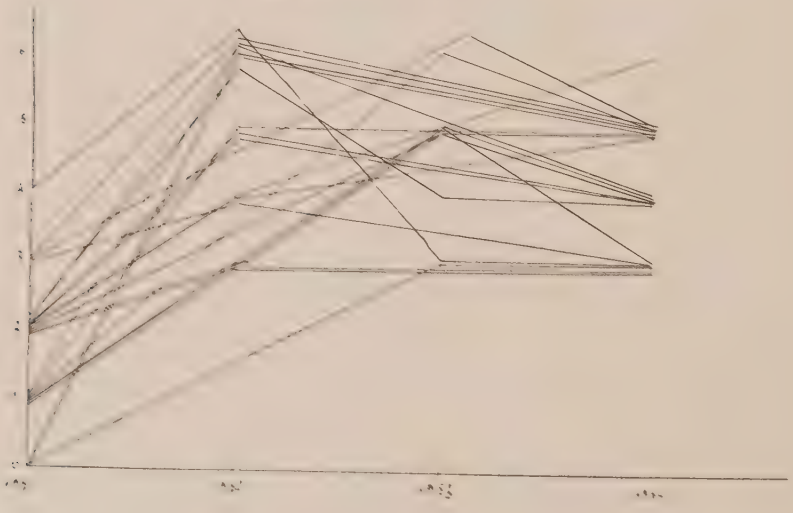
Nous ne nous intéresserons dans ce chapitre qu'aux seuls malades, revus régulièrement depuis leur opération. Les graphiques ci-dessous vont nous permettre de juger l'évolution du résultat au point de vue douleur.

Dans chaque graphique, nous mettrons en abscisse les années, et en ordonnée la douleur, jugée d'après la cotation de MERLE D'AUBIGNÉ.

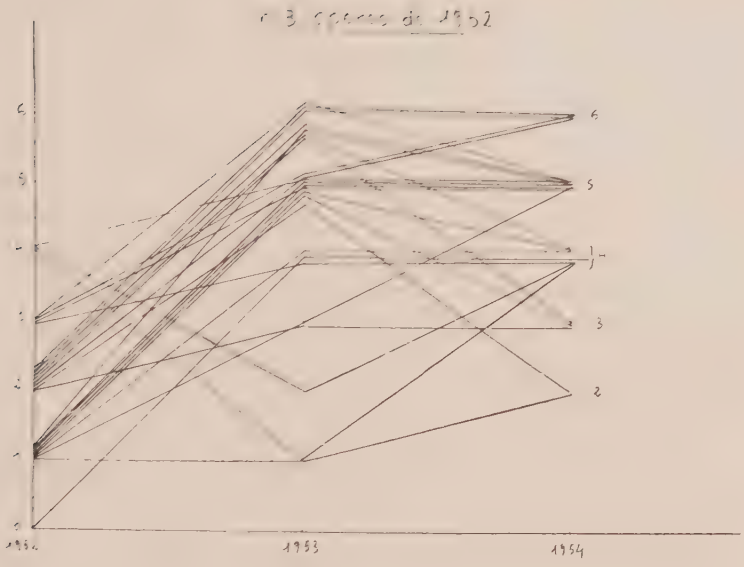
N°1 Opérés de 1949 et 1950



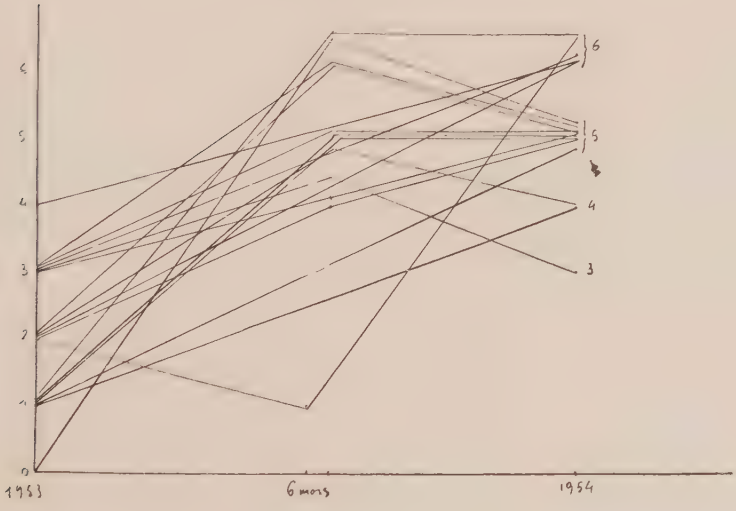
N°2 Opérés de 1950



n° 3 opérés de 1952



n°4 opérés de 1953



En analysant ces 4 graphiques, nous pouvons noter une amélioration générale. Cette dernière se produit en général, la première année suivant l'intervention et se maintient par la suite ou subit une légère déterioration.

Il en est de même pour les déteriorations qui se produisent généralement la première année, se maintiennent par la suite ou sont améliorées, spontanément ou par une thérapeutique appropriée.

Nous notons aussi une plus grande amélioration dans la première année chez les malades souffrant le plus avant l'opération. C'est ainsi que certains d'entre eux passent de la cotation 1 directement à la cotation 5 ou 6.

Enfin, chez certains malades souffrant le moins avant l'intervention se produit une déterioration la première année suivant l'intervention légèrement améliorée par la suite (graphique n° 3).

Nous pouvons, du point de vue douloureux, dire comme Merle d'Aubigné et Postel le disent pour les résultats globaux, que le nombre de déteriorations n'est pas plus grand lorsque l'opération est ancienne, que lorsqu'elle est relativement récente. Ceci pourrait nous amener à penser jusqu'à plus ample informé que les améliorations qui ne doivent pas tenir se manifestent dès la deuxième année d'évolution. Cette constatation plutôt rassurante peut nous faire espérer que les déteriorations n'iront pas en augmentant de nombre et de gravité à mesure que nos arthroplasties vieilliront.

C) MECANISME DES DOULEURS

Parmi les douleurs conservées après l'intervention, nous pouvons dans de nombreux cas en déceler les causes ; cependant il reste des cas où nous sommes incapables d'expliquer exactement le mécanisme des douleurs ressenties.

Nous allons analyser les différentes causes des douleurs et citer l'essentiel des observations les plus typiques.

I. — Névralgies du nerf fémoro-cutané :

Sur 160 opérations, nous n'avons observé que 4 cas vraiment typiques.

OBSERVATION N° 1

Madame P..., 67 ans, atteinte de coxarthrose droite, arthroplastie en mars 1950 (utilisation de la voie antérieure avec incision de SMITH-PETERSEN).

Revue en juin 1951, elle souffrait de douleurs très vives empêchant le sommeil, se localisant dans le territoire de la cicatrice, dues à un névrome du nerf fémoro-cutané, qui fut enlevé chirurgicalement, par la suite période d'indolence presque complète.

Examinée à nouveau en octobre 1953, les douleurs ont repris vives, mais d'un autre type et d'une autre localisation ; dues au jeu de la prothèse par résorption osseuse du col (diagnostic radiologique).

OBSERVATION N° 2

Madame S..., 60 ans, coxarthrose droite, résection arthroplastique en juin 1951 par voie d'incision antérieure.

Revue en janvier 1952, elle présentait des douleurs vives ressenties au niveau de la cicatrice, compatibles cependant avec une activité limitée ; dues à une névragie du fémoro-cutané, obligeant la résection du nerf. Par la suite, amélioration. En juin 1954, douleurs à nouveau depuis quelques mois au niveau de la cuisse et de la fesse de mécanisme non encore précisé.

Ces douleurs dans le territoire du fémoro-cutané sont facilement explicables et dues, soit à la section ou à l'englobement de ce nerf dans la cicatrice imputables évidemment à la voie d'accès antérieure.

2. — Douleurs sciatiques :

Sur tous nos opérés nous avons observé deux malades seulement souffrant de douleurs sciatiques.

OBSERVATION N° 3

Madame D..., 29 ans, coxarthrose droite, résection arthroplastique en septembre 1951 par incision de SMITH-PETERSEN, sans creusement du cotyle.

En juin 1952, indolence complète. En décembre 1952, des douleurs sciatiques apparaissent au cours d'une grossesse. En juin 1954, les douleurs persistent à la marche ayant une topographie légèrement différente.

A quoi peut-on attribuer ces douleurs sciatiques apparues brutalement ? Sont-elles imputables à la grossesse ou à un réveil de rhumatisme lombaire ? En effet, dans toutes les observations de douleurs sciatiques post-opératoires, si dans certains cas, on peut invoquer à la rigueur une arthrose lombaire, dans bien d'autres cas aucune cause évidente ne peut être retenue.

3. — Saillie de la prothèse :

Nous en avons observé 13 cas.

Madame R..., 47 ans, coxarthrose droite sur luxation congénitale invétérée, arthroplastie avec creusement du cotyle en juin 1951.

Revue en octobre 1951, souffrant à la fatigue de douleurs localisées à la face externe de la cuisse sous le grand trochander. Saillie de la tige visible à la radiographie. Section de la saillie en janvier 1952. Indolence complète par la suite. Revue en juin 1954.

OBSERVATION N° 5

Madame C..., 71 ans, coxarthrose droite. Résection arthroplastie en janvier 1951, indolence complète en mai 1953. En octobre 1953, douleurs après la marche disparaissant au repos, dues à la saillie de la tige. Section de l'extrémité de la tige en mars 1954, cette dernière est découverte dans une formation pseudo-kystique, renfermant un liquide sous tension. Actuellement, persistance des douleurs.

Nous avons à notre disposition de nombreuses autre obser-

vations que nous aurions pû citer. Tous ces malades souffrant à cause d'une saillie de la tige sous le grand trochander obligeant, dans la plupart des cas, le chirurgien à réintervenir. Certains malades ont obtenu une amélioration complète par la suite, d'autres souffrent à nouveau ; mais ces douleurs sont généralement dues à une cause différente ayant un autre type et une autre localisation.

Cette cause de douleurs résiduelles (saillie de la tige) a disparu depuis que cet incident a entraîné des réinterventions. Il suffit de bien calculer la longueur du pivot, et éventuellement de le raccourcir en abrasant la pointe.

4. — Résorption osseuse du col ou du cotyle :

Nous avons observé 8 malades souffrant de douleurs résiduelles dues à cette cause.

OBSERVATION N° 6

Madame B..., 60 ans, coxarthrose droite. Résection arthroplastique en décembre 1950, incision antérieure, suture de la capsule.

En décembre 1950, indolence complète.

En décembre 1953, douleurs vives mais tolérables avec une activité limitée. Radiographie : usure de la partie haute du cotyle (déjà préparée par l'existence d'une géode).

En juin 1954, les douleurs ont augmentées à la marche empêchant toute activité.

OBSERVATION N° 7

Madame P..., 46 ans, coxarthrose droite, résection arthroplastique en janvier 1952 (voie antérieure partie antérieure de la capsule réséquée).

En septembre 1951, indolence complète.

En novembre 1953, examen radiographique : élargissement du canal autour de la tige par résorption osseuse, densification autour de la pointe, cotyle intact.

En janvier 1954, douleurs accrues, se localisant à la hanche et au genou existant même au repos.

Dans l'observation n° 6 la résorption osseuse porte sur le

cotyle, favorisée certainement par la géode préexistante et aussi peut-être par un mauvais montage ou un point d'appui défectueux de la prothèse sur le cotyle.

Dans l'observation n° 7 la résorption osseuse porte sur le col ; est-elle due à un mauvais centrage de la prothèse, ou à une mauvaise vascularisation du col restant ?

Cette résorption osseuse entraînant le jeu, soit de la tête dans le cotyle, soit de la tige de la prothèse dans son canal cervical, provoque incontestablement des douleurs vives ressenties par ces malades.

5. — Fracture de la prothèse :

Deux cas de la fracture de la prothèse ont été observés.

OBSERVATION N° 8

Madame L..., 67 ans, fracture du col du fémur gauche avec nécrose de la tête, en mars 1951.

En novembre 1952, à la suite d'une chute, apparition de douleurs violentes dues à la fracture de la prothèse. Nouvelle intervention, pose d'une prothèse armée. Par la suite, indolence complète.

En juin 1954, douleurs intermittentes (cotées 5).

Dans le cas de cette observation les douleurs ressenties sont évidemment dues à la fracture de la prothèse simple.

6. — Rhumatisme :

OBSERVATION N° 9

Madame B..., 66 ans, coxarthrose droite, résection arthroplastique en juin 1952.

En janvier 1953, indolence complète.

En mars 1953, apparition de douleurs à la fatigue, localisées à la hanche et à la région lombaire. La radiographie montre l'existence d'une arthrose lombaire. Le port d'un corset est conseillé.

En juin 1954, les douleurs persistent mais ne sont pas plus fortes, de plus apparition d'une gonalgie droite due probablement à une arthrose du genou surajoutée.

OBSERVATION N° 10

Monsieur H..., 52 ans, coxarthrose bilatérale, résection arthroplastique à gauche en juin 1950. En novembre 1953, poussée douloureuse légèrement calmée par les antirhumatismaux. Douleurs lombaires liées à un rhumatisme vertébral.

Dans ces deux précédentes observations, nous pensons pouvoir rattacher les douleurs apparues après l'intervention aux arthroses vertébrales et du genou. Ces diagnostics étant précisés par l'examen radiographique.

7. — Douleurs résiduelles du genou :

Un grand nombre de malades ressentent dans les suites de l'intervention des douleurs souvent violentes du genou, ce fut le cas de 17 d'entre eux.

OBSERVATION N° 11

Madame E..., 59 ans, coxarthrose gauche, arthroplastie en novembre 1952.

Après une période d'indolence, la malade revue dernièrement est atteinte de gonalgie gauche importante, empêchant une activité même limitée. Elle souffre surtout à la marche et quelquefois au repos.

OBSERVATION N° 12

Madame B..., 40 ans, coxarthrose droite, résection arthroplastique en mai 1951.

En février 1952, apparaissent des douleurs au genou droit.

Revue en juin 1954, persistance d'une gonalgie à la marche et même quelquefois au repos.

Les radiographies montrent une hanche et un genou normaux.

Ces gonalgies sont-elles dues à des arthroses du genou surajoutées ? A un déficit musculaire ? ou peut-être à une légère attitude vicieuse ?

8. — Douleurs musculaires résiduelles.

En dehors des douleurs musculaires passagères de la période

de rééducation, nous observons quelques cas où les douleurs persistent par la suite comme dans le suivant.

OBSERVATION N° 13

Madame M..., 48 ans, coxarthrose gauche, opérée en novembre 1951. Indolence jusqu'en septembre 1952, date à laquelle apparaissent les douleurs au niveau de la région interne de la cuisse parfois à type de crampe ou associées à une gonalgie, douleurs dues généralement à un déficit musculaire.

Revue en juin 1954, légère amélioration après culture physique sous la direction d'un moniteur.

Ces douleurs musculaires résiduelles sont probablement dues à une mauvaise récupération musculaire dans les suites de l'opération, avec persistance de l'athrophie. Notons qu'elles sont souvent situées à la face interne de la cuisse, dans la région des adducteurs.

Nous avons noté à propos de chaque observation les conditions qui pourraient expliquer la persistance ou l'apparition des douleurs post-opératoires.

Dans ces observations la cause est assez nette et précise. Mais dans bien d'autres elle est plus obscure et nous ne pouvons pas affirmer le mécanisme exact des douleurs. En effet, les défauts que nous pourrions invoquer dans une observation s'accompagnent souvent d'indolence complète dans une autre observation.

Bien des auteurs expliquent différemment la cause imprécise de ces douleurs persistantes.

Merle d'Aubigné la recherche, soit dans des fautes techniques (creusement insuffisant, géode résiduelle sur le toit du cotyle moignon de col trop court, etc.), soit dans des défauts de la prothèse, répartissant mal les pressions d'où l'utilisation de nouvelles prothèses réduisant la pression unitaire, en augmentant la surface d'appui ; soit dans des incidents post-opératoires (phlébites, luxations, ostéomes péri-articulaires, accidents infectieux). Mais il fait remarquer que tous ces facteurs invoqués

se retrouvent avec une fréquence aussi grande dans des observations où l'indolence après l'intervention est complète.

P. Lance insiste sur le rôle de la persistance de géode dans le cotyle, sur celui de l'appui médiocre par suite de la persistance d'une légère attitude vicieuse en rotation externe. Il conclue en disant : « L'absence de concordance exacte entre la tête en acrylic et le cotyle ; le décentrage de la prothèse, sont probablement à l'origine de quelques-uns de ces cas qui restent douloureux après une arthroplastie en apparence correcte ».

Pour Judet, l'endommagement de la vascularisation du col fémoral, qui partiellement ischémié, ne peut subir sans dommage l'hyper-pression provoquée par le pivot ; serait une des causes principale de la persistance des phénomènes douloureux.

Padovani voit dans le traitement de la capsule, une autre cause de douleur. Certains dit-il, la respecte pour donner à l'articulation plus de solidité et éviter la luxation de la prothèse ; d'autres s'efforcent de la réséquer en entier car, ils la croient capable par les nombreux rameaux nerveux qu'elle contient, d'entretenir des douleurs et de porter atteinte au sens de l'équilibre.

Malgré toutes les causes invoquées, nous sommes bien obligés de conclure avec la plupart des auteurs que de nombreuses douleurs post-opératoires restent encore inexpliquées.

Cependant, en nous basant sur notre précédente étude, nous pouvons mettre en avant le rôle de certains facteurs, pouvant influencer favorablement ou défavorablement les résultats de l'arthroplastie du point de vue des douleurs. L'âge ne paraît pas avoir une grande incidence sur les phénomènes douloureux post-opératoires ; quoique les personnes jeunes paraissent être mieux améliorées. Il en est de même pour la bilatéralité de l'intervention, car les malades opérés des deux hanches semblent avoir un résultat supérieur aux autres.

Quant à l'affection causale, les résultats sont meilleurs dans les lésions post-traumatiques (fracture du col, pseudarthroses)

et les séquelles de luxation congénitale, que dans les coxarthroses.

Au point de vue de la technique opératoire, nous retenons de meilleurs résultats lorsque le cotyle a été creusé ou que la capsule a été soit, réséquée, soit non suturée.

Par contre, les voies d'accès antérieure ou postéro-externe semblent donner des résultats peu différents.

D'autre part, les soins post-opératoires jouent certainement un rôle important dans la détermination des phénomènes douloureux. A la mobilisation active précoce, adoptée par la plupart des chirurgiens, CREYSSEL, se basant sur ses observations personnelles qui lui ont montré que l'immobilisation prolongée au lit et le retard de la mobilisation passive provoquaient chez presque tous les malades une indolence absolue, oppose une hypothèse prudente et écrit : « La mobilisation active précoce et plus encore, la mobilisation passive sont-elles aussi nécessaires et aussi favorables qu'on l'admet habituellement. Ces douleurs résiduelles ne sont-elles par parfois des douleurs reflexes conséquences de contractures douloureuses déclenchées à partir de la zone opératoire par une mobilisation intempestive ? » Aussi, sans aller jusqu'à une immobilisation plâtrée systématique, il s'abstient pendant 3 ou 4 semaines de toute mobilisation étendue, laissant seulement les malades sous traction continue légère pendant une dizaine de jours, puis il les laisse ensuite libres dans leur lit, en surveillant l'attitude en recommandant les contractions musculaires actives et les petits mouvements d'exécution facile, mais sans obliger les malades à dépasser la limite des mouvements aisément accomplis. Il s'abstient évidemment durant cette période de tout massage. C'est à peu de chose près la même ligne de conduite que suivent à Bordeaux le Professeur POUYANNE et ses élèves.

III. — PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

Nous allons envisager pour chaque cause connue de douleurs les moyens prophylactiques et thérapeutiques que nous avons à notre disposition pour prévenir ou pour traiter les phénomènes douloureux.

1. - Douleurs dans le territoire du fémoro-cutané

L'utilisation de la voie d'accès postéro-externe est évidemment le moyen le plus sûr pour prévenir les douleurs consécutives à une lésion de ce nerf. Cependant, il est facile lorsqu'on s'en méfie d'en éviter la lésion ; on ne peut cependant toujours épargner les branches externes, et le malade conserve souvent une paresthésie désagréable de la face externe de la cuisse.

Au point de vue du traitement des douleurs constituées, il faut tout d'abord essayer des infiltrations locales anesthésiques. Si les douleurs sont très importantes, ou si les infiltrations se révèlent insuffisantes, on est amené à pratiquer une neurotomie du nerf fémoro-cutané.

2. — Douleurs sciatiques

Nous sommes frappés de la faible proportion des sciatiques résiduelles dans la statistique du Professeur POUYANNE. Peut-être la voie d'accès est-elle en cause ?

Le traitement de ces douleurs sans cause nette décelable est plus embarrassant. Le traitement médical à l'aide de vitamine B 1, de vasodilatateurs et d'antihistaminiques de synthèse, amène parfois la sédation des douleurs. Parfois heureusement survient avec le temps une amélioration spontané secondaire.

3. — Douleurs provoquées par la saillie de la prothèse

La prophylaxie de ces douleurs consiste dans le raccourcissement du pivot de la prothèse dès l'intervention, si ce dernier paraît trop long par rapport à la longueur du col restant.

Quant au traitement des douleurs dues à cette cause il consiste en la réintervention chirurgicale avec trépanation de la saillie osseuse sous-trochantérienne et section de l'extrémité de la tige.

4. — Résorption osseuse du col

La prophylaxie consistera en un bon montage et centrage de la prothèse et aussi peut-être en l'utilisation d'une prothèse mieux adaptée, pour une meilleure répartition des forces de pression sur le col ; afin de provoquer une résorption osseuse minima évitant ainsi le jeu consécutif de la prothèse.

Le traitement des douleurs pourra consister en une réintervention chirurgicale avec remplacement de la prothèse type JUDET, par une prothèse cervico-céphalique type J. GOSSET ; ou dans une arthrodèse.

Résorption osseuse du cotyle

Pour éviter des douleurs consécutives à cette résorption, il faudra établir une excellente congruence entre le cotyle et la tête. Pour cela un bon creusement du cotyle devra être pratiqué afin d'éviter le plus possible l'appui de la prothèse sur les rebords de celui-ci.

Traitement : Seule l'arthrodèse (d'ailleurs difficile à obtenir) paraît ici utilisable à la condition expresse (rarement réalisée) que l'autre hanche soit saine.

5. — Fracture de la prothèse

L'emploi d'une prothèse armée évitera la fracture de celle-ci et traitera lors d'une réintervention chirurgicale, la fracture d'une première prothèse simple.

6. — Rhumatismes

Le traitement des arthroses lombaires concomitantes consistera généralement dans le port d'un corset et l'emploi de la radiothérapie. Pour les arthroses du genou, la radiothérapie est souvent très efficace. Dans les cas plus rebelles on peut être amené à pratiquer une énervation du genou.

7. — Douleurs musculaires résiduelles

Des soins post-opératoires et une rééducation bien conduits pourront éviter une atrophie et un déficit musculaire trop importants.

Quant aux douleurs musculaires constituées, notamment dans la région des adducteurs et du droit antérieur, elles pourront être améliorées par des infiltrations novocaïniques répétées. Par ailleurs des infiltrations lombaires et épidurales pourront être essayées ainsi que des cures thermales. La radiothérapie enfin sera parfois efficace.

IV. — CONCLUSIONS

Nous avons dans ce modeste travail analysé de notre mieux les causes et le mécanisme des douleurs post-opératoires. Comme nous l'avons dit précédemment, beaucoup de causes restent encore inconnues. D'autre part, si un assez grand pourcentage de malades est très amélioré, d'autres continuent à souffrir d'une façon assez vive. Cependant ils s'estiment satisfaits de l'intervention ; car presque tous ont eu une amélioration relative de la douleur, souffrant en général moins après l'opération qu'avant. Au point de vue du résultat absolu, l'esprit du chirurgien est généralement beaucoup moins satisfait que celui du malade ; car un trop grand nombre de ces derniers, conservent à ses yeux des phénomènes douloureux assez importants.

Notons que l'amélioration, lorsqu'elle se produit a lieu en général dans la première année suivant l'intervention ; il en est de même aussi des déteriorations. Par la suite les résultats semblent se maintenir. Cependant, le recul n'est pas assez grand pour pouvoir conclure définitivement des résultats de l'arthroplastie de la hanche. Il nous faudra attendre encore quelques années pour faire un bilan définitif et juger de la bonne ou mauvaise tolérance de la prothèse acrylic.

D'autre part, certains phénomènes douloureux résiduels relèvent d'évidentes fautes ou de tâtonnements techniques (névralgies du fémoro-cutané, saillie de la prothèse, fracture de la prothèse, mauvais centrage, etc.) ils sont donc évitables dans la mesure où l'on peut arriver à une technique parfaite.

D'autres sont plus obscurs ou résultent de phénomènes plus difficiles à éviter en particulier, les résorptions osseuses. C'est à cause d'eux que persiste une incertitude sur l'avenir lointain de cette intervention et que l'ingénuosité des chirurgiens s'exerce

à l'heure actuelle en France et dans le monde entier pour chercher les améliorations techniques susceptibles d'y parer, et analyser les phénomènes biologiques qui sont à leur origine.

Enfin, il ne faut jamais oublier dans une telle analyse que la douleur est un phénomène mystérieux et subjectif dans lequel le psychisme, l'ambiance, l'éducation, les antécédents tiennent une place considérable ; et c'est pourquoi nous avons crû devoir poser à nos malades la question très précise : Regrettez-vous d'avoir subi cette intervention ?

72,5 % répondent *non* sans restriction.

20,9 % répondent *non* avec quelques restrictions.

6,6 % répondent *oui*.

Cette enquête nous apparaît donc très démonstrative et doit inciter chirurgiens et malades, tout en cherchant une amélioration constante des techniques, à considérer comme une des très grande découverte chirurgicale du siècle, l'opération française de JUDET.

RESUME GENERAL

1. — L'arthroplastie acrylic (opération de JUDET) avec ses variantes comporte à côté d'une proportion importante de succès complets des échecs et des résultats partiels.

2. — L'analyse de ces faits, en ce qui concerne l'élément douloureux a été faite dans une enquête portant sur 145 cas (160 hanches opérées depuis 6 mois au moins et 4 ans et demi au plus par le Professeur POUYANNE).

3. — Les résultats peuvent se schématiser ainsi :

22,5 % très bons.
32,5 % bons.
30 % moyens.
15 % médiocres ou mauvais.

Ils sont étudiés en détail selon les critères donnés en particulier par MERLE D'AUBIGNÉ. Les causes des douleurs résiduelles sont analysées.

4. — Dans l'ensemble, les malades se déclarent très satisfaits ou satisfaits de l'intervention. Une petite minorité (6,6 %) regrette de l'avoir subie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

POUR LE DOYEN,

L'Assesseur :

R. SIGALAS.

Le Président de Thèse

POUYANNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Bordeaux, le 9 juillet 1954.

Le Recteur :

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Intentionnellement, nous ne citerons que les travaux et publications ayant un rapport direct avec notre étude. C'est-à-dire traitant des résultats de l'arthroplastie acrylic de la hanche et en particulier des suites douloureuses de cette intervention.

ARIENTI (Milano). — Artroplastica dell'anca con endoprotesi acrilica. *Arch. di Orthop.* LXVI fasc., 2 Marzo 53, p. 138.

GOSSET. — Arthroplastie de la hanche par plastie acrylique, Cervico-capitale (technique personnelle). *Sem. Hôp. Paris,* nov. 1950, N° 87, p. 4494.

HERBERT. — A propos des arthroplasties de la hanche dans le rhumatisme. *Mem. acad. chir.,* 13 juin 1951, N^{os} 20 et 21, p. 645.

— Technique exacte des arthroplasties de la hanche. *Mem. acad. chir.,* 11 juin 1952, N^{os} 20-21, T. 78, p. 589.

— Sur l'arthroplastie de la hanche (physio-patho. et modification de la prothèse. *Mem. acad. chir.,* T. 79, 20 mai 1953, N^{os} 17-18, p. 434.

HERBERT et B. DE MONTMOLIN. — Nouvelles prothèses pour arthroplastie de la hanche. *Mem. acad. chir.,* 10 fév. 1954, T. 80, N^{os} 6-7, p. 219.

JUDET J. — Résultats de l'arthroplastie de la hanche par la méthode de résection reconstruction (prothèse acrylic). *Rev. d'Orthop.* oct. déc. 1949, T. 35, N° 6, p. 538.

JUDET R. et J. — Essais de reconstruction prothétique de la hanche après résection de la tête fémorale. *Journ. de chir.,* 1949, T. 65, p. 17.

— Résultats de l'arthroplastie de la hanche avec tête acrylique. *Mem. acad. chir.,* avril 1951, TH N^{os} 12-13, p. 352.

— Une modification des prothèses acryliques de la hanche. *Mem. acad. chir.,* 20 oct. 1952, T. 78, N^{os} 27-28, p. 779.

JUDET R. — Discussion sur l'arthroplastie de la hanche, lors de la communication de M. Herbert. *Mem. acad. chir.,* 20 mai 1953, T. 79, N^{os} 17-18-20, p. 439.

LANCE. — Traitement des coxarthroses par arthroplastie avec interposition de matière inerte. *Mem. acad. chir.,* 4 avril 1951, T. 77, N^{os} 10-11, p. 339.

MERLE D'AUBIGNÉ, RAMADIER, CAUCHOIS, POSTEL. — Technique, indications, résultats de l'arthroplastie de la hanche. *Presse Médicale,* 24 janv. 1951, N° 4, p. 77.

MERLE D'AUBIGNÉ. — 250 arthroplasties de la hanche avec interposition inerte. Premiers résultats. *Mem. acad. chir.,* fév. 1951, T. 77, N°s 6-7, p. 199.

MERLE D'AUBIGNÉ et POSTEL. — Arthroplastie acrylic dans les fractures du col du fémur, récentes et anciennes. *Mem. acad. chir.,* 9 juillet 1952, T. 78, N°s 22-23-24, p. 695.

MERLE D'AUBIGNÉ. — A propos de la communication de M. Herbert du 11 juin 1952. *Mem. acad. chir.,* 9 juillet 1952, T. 78, N°s 22-23-24, p. 687.

MERLE D'AUBIGNÉ et POSTEL. — Résultats de l'arthroplastie dans les coxarthries et les subluxations de la hanche avec un recul de 4 ans. *Mem. acad. chir.,* 27 mai 1953, T. 79, N°s 17-18, p. 460.

PADOVANI P. — Indications et résultats des arthroplasties de la hanche avec prothèse dans la coxarthrie. *Rev. de chir.,* an. 71, N°s 3-4, mars-avril 1952, pp. 61-80.

POILLEUX. — Arthroplastie de la hanche avec interposition de matière inerte. *Mem. acad. chir.,* avril 1951, T. 77, N°s 12-13, p. 348.

POLI (Milano). — Resezione, Ricostruzione dell'anca (artroplastica con endoprotesi acrilica). *Arch. di Orthop.* LXVI fasc., 2 marzo 1953, p. 105.

POSTEL. — 100 arthroplasties. Technique, résultats et indications des arthroplasties avec interposition inerte pour coxarthroses essentielles ou subluxations congénitales. Thèse de Paris, 128, 1951.

RIEUNAU (Toulouse). — Alésage de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde au cours de l'arthroplastie de la hanche. *Rev. d'Orthop.* mai 1950, T. 36, N° 5, p. 329.

— 27 arthroplasties de la hanche. *Mem. acad. chir.,* 20 juin 1951, T. 77, N°s 22-23-24, p. 688.